

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO AO AMBULATÓRIO DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS - AMI

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí – 2023
Versão II



**Prefeitura
de Jundiaí**

[Digite texto]



Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde (DRS)
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra Érika Pimenta de Pádua Mayer (Apoio técnico da Saúde da Mulher).

Dra Fabiana Petter Camillo (Apoio técnico em saúde da criança e adolescente)

Dra Flávia Moraes Gennari Pinheiro (Médica infectologista - Coordenação Municipal do Programa de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais)

Dra Paloma Pacheco (Médica Reguladora – Departamento de Regulação da Saúde/UGPS)

Dra Patrícia Ledo (Apoio Técnico em Saúde do Adulto e do Idoso)

Diretora do DRS: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	03
FLUXO DE ATENDIMENTO -----	04
INTRODUÇÃO -----	04
HIV/AIDS -----	05
EXPOSIÇÃO DE RISCO AO HIV -----	06
HEPATITES CRÔNICAS -----	07
HANSENÍASE -----	08
TUBERCULOSE -----	09
ILTB -----	12
PARACOCCIDIOIDOMICOSE (BLASTOMICOSE) -----	15
ADENOMEGALIA -----	17
TOXOPLASMOSE / CITOMEGALOVIROSE -----	19
FEBRE A ESCLARECER -----	22
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) -----	23
SÍFILIS -----	28
HERPES ZOSTER -----	34
LEISHMANIOSE -----	35
MENINGITE / LEPTOSPIROSE / DENGUE / FEBRE MACULOSA / SARAMPO / RUBÉOLA / MALÁRIA -----	37
OUTRAS INFECÇÕES BACTERIANAS -----	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	38



APRESENTAÇÃO

A *Atenção Básica* se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a *Atenção Básica* seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias leves-duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da *Atenção Básica* com outros pontos da rede de saúde.

O *Serviço Especializado* (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Dessa forma, é preciso organizar estratégias que impactem na *Atenção Básica*, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da *Atenção Especializada*.

A construção, pactuação e atualização periódica dos protocolos clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada, evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.

A *Regulação da Assistência à Saúde* visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.



FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

A consulta especializada é determinada pelo médico da atenção primária à saúde, que ao constatar essa necessidade deve providenciar o encaminhamento do paciente para avaliação da atenção secundária à saúde

Os encaminhamentos para avaliação da INFECTOLOGIA, INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA, TISIOLOGIA, HANSENOLOGIA e DST MASCULINO devem ser enviados para: ami.regulacao@jundiai.sp.gov.br.

É necessário enviar encaminhamento médico ou da enfermeira justificando necessidade da avaliação especializada (contendo história clínica e dados relevantes do exame físico) e todos os exames realizados. A partir desses dados enviados, será realizada a avaliação e priorização dos casos.

INTRODUÇÃO

A Infectologia é a especialidade médica que atua na investigação, tratamento e seguimento de pacientes portadores de doenças infecciosas e parasitárias agudas e/ou crônicas causadas por diferentes microorganismos.

O Ambulatório de Moléstias Infecciosas de Jundiaí é um serviço da Atenção Secundária e Especializada da Unidade de Promoção de Saúde (UGPS), em funcionamento no nosso município desde 1989. Realiza atendimentos médicos, atendimentos em equipe multidisciplinar, além de coleta de exames laboratoriais de rotina e especializados e fornecimento de medicações específicas (UDM) para os usuários em seguimento.



1. HIV/AIDS

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV/AIDS tem papel importante no prognóstico do paciente e na interrupção da cadeia de transmissão, sendo assim, é fundamental que os profissionais de saúde ofereçam a possibilidade de testagem para o HIV e outras IST a todos os pacientes sexualmente ativos, independentemente de sintomas ou queixas.

O quadro clínico pode variar de assintomático, sintomas constitucionais como febre e emagrecimento, até doenças oportunistas como monilíase oral/esofágica, herpes zoster e outras, devendo ser solicitada a testagem (TR teste rápido ou sorologia convencional) em todos os níveis de Atenção à Saúde.

Encaminhar ao AMI:

❖ ADULTOS:

- Usuários com diagnóstico de HIV/AIDS para seguimento (diagnóstico recente ou prévio - transferência de outro município ou perda de acompanhamento)
- Usuários com resultados indeterminados na testagem para HIV (TR ou sorologia)

❖ GESTANTES:

- Usuárias com diagnóstico de HIV/AIDS prévio
- Usuárias com testagem rápida positiva no início do pré-natal-encaminhar para AMI sem necessidade de outros exames confirmatórios;
- Usuárias com sorologia para HIV indeterminada - encaminhar após resultado, não sendo necessário repetir testagem na UBS

ATENÇÃO

Para os casos suspeitos e/ou confirmados de HIV/AIDS: Enfermeira ou Médico da Unidade deverá entrar em contato com as Enfermeiras do AMI para agendar o ACOLHIMENTO dos casos novos ou usuários em transferência de seguimento. ****não é necessário encaminhar e-mail para regulação****



2. EXPOSIÇÃO DE RISCO AO HIV - PEP Profilaxia pós-exposição

As situações de exposição de risco ao HIV devem ser avaliadas quanto a indicação de **PEP (profilaxia pós-exposição)** e são consideradas atendimentos de urgência, pois a medicação profilática deve ser iniciada em até **72 horas**.

Para avaliação dessas exposições devemos avaliar **tipo de material biológico** (sangue, sémen, fluidos vaginais, líquidos de serosas e LCR tem risco de transmissão do HIV) e **tipo de exposição**: exposições percutâneas (causadas por agulhas ou instrumentos cortantes), exposições em mucosas (sexual não protegida, respingos em olhos) e exposições cutâneas (com pele não íntegra e mordeduras com sangue).

Os usuários devem ser encaminhados conforme abaixo para avaliação e seguimento:

❖ EXPOSIÇÃO SEXUAL:

- **SEGUNDA a SEXTA (dias úteis), das 7 às 16 horas:** encaminhar ao Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) que oferece atendimento para acolhimento, testagem e seguimento.
- **FINAIS DE SEMANA E FERIADOS:** encaminhar para atendimento de urgência (Pronto-Atendimento ou Pronto-Socorro) para avaliação e prescrição da PEP (se indicada). O seguimento desses casos será realizado pelo CTA, devendo o paciente comparecer ao serviço para testagem, acolhimento, retirada das medicações e seguimento no primeiro dia útil.

❖ EXPOSIÇÃO NÃO-OCUPACIONAL e NÃO-SEXUAL de risco para HIV (mordeduras e contato com outros materiais contendo sangue):

- encaminhamento inicial ao Pronto-Atendimento ou Pronto-Socorro para atendimento e avaliação de prescrição de PEP.

[Digite texto]



➤ encaminhar ao AMI para seguimento dos casos já em uso de PEP vindos dos serviços de urgência. O usuário pode vir com encaminhamento do serviço de urgência ou com referência - contra referência da UBS.

❖ **EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL:** consultar fluxos de acidente de trabalho conforme orientações vigentes do CEREST.

❖ **EXPOSIÇÃO SEXUAL - VIOLÊNCIA SEXUAL:** consultar fluxos do município (mulheres e crianças são avaliadas inicialmente no Hospital Universtário e homens cisgênero e mulheres transsexuais são avaliados inicialmente no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo).

PREP profilaxia pré-exposição - indicada para populações de risco aumentado de aquisição do HIV (homem que faz sexo com homem, população transexual, profissionais do sexo, parceiros sorodiscordantes). Avaliação e acompanhamento pelo CTA.

3. HEPATITES CRÔNICAS

As Hepatites Crônicas virais (B e C) são assintomáticas na maioria dos casos. As manifestações aparecem apenas em fases adiantadas de acometimento hepático, podendo incluir fibrose, cirrose hepática e hepatocarcinoma.

É importante oferecer a testagem para hepatites B e C para todos os usuários em seguimento clínico, independentemente de fatores de risco ou sintomas clínicos ou alterações laboratoriais.

Considerar fatores maiores de risco para hepatite B: ausência de vacinação, atividade sexual e diagnóstico de familiares com vírus B.

Para o vírus C, considerar: usuários de drogas, história de transfusão de sangue ou procedimentos médicos e odontológicos antes de 1990, compartilhamento de material cortante entre outros.



- ❖ Para investigação de **HEPATITE B**, solicitar **HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs** - quadro de interpretação e orientações abaixo:

HBsAg	ANTI-HBc	ANTI-HBs	INTERPRETAÇÃO	ORIENTAÇÃO
POSITIVO	POSITIVO	NEGATIVO	Hepatite B	Encaminhar ao AMI para avaliação
NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	Infecção pregressa ou infecção oculta	Encaminhar ao AMI para avaliação
NEGATIVO	POSITIVO	POSITIVO	Hepatite B pregressa – cicatriz sorológica	Orientação sobre resultado da sorologia (sem necessidade de acompanhamento especializado)
NEGATIVO	NEGATIVO	POSITIVO	Vacinação para Hepatite B - imune	Orientação sobre resultado – completar esquema vacinal com 3 doses se estiver incompleto

- ❖ Para investigação de **HEPATITE C**, solicitar **sorologia para hepatite C ou anti HCV**.
 - encaminhar ao AMI usuários com sorologia positiva ou 2 sorologias indeterminadas com intervalo de 30 dias.

4. HANSENÍASE

A Hanseníase é uma doença crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* que infecta os nervos periféricos - as células de Schwann. Acomete principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos, podendo afetar olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço e fígado). Se não tratada na forma inicial, a doença evolui de forma lenta e progressiva, podendo gerar diversas incapacidades físicas nos pacientes e apresentar risco de transmissão para pessoas em contato próximo.



- ❖ Devem ser encaminhados ao AMI usuários com suspeita clínica de Hanseníase:
 - áreas da pele ou manchas com perda de sensibilidade (calor e/ou dor e/ou tato), pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas;
 - diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose);
 - dores articulares com perda de sensibilidade cutânea;
 - sinais de comprometimento neural em MMSS e/ou MMII (dor, pé ou mãos caídos, mão em garra);
 - eritema nodoso sem outros sinais dermatológicos.

5. TUBERCULOSE

A Tuberculose é uma doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e acomete, prioritariamente, o pulmão que também é a porta de entrada para a maioria dos casos. A transmissão se faz por via respiratória pela inalação de aerossóis.

O risco de adoecimento, isto é, a progressão da doença ativa depende de vários fatores, especialmente da integridade do sistema imune. O maior risco de adoecimento é a infecção pelo HIV, tempo decorrido entre infecção e doença ativa (maior risco nos primeiros dois anos após exposição), idade menor que dois anos ou maior que 60 anos e presença de determinadas condições clínicas (doenças e/ou tratamentos imunossupressores).

Os sinais e sintomas podem variar dependendo do órgão de acometimento da tuberculose, sendo as formas mais frequentes: pulmonar (tosse produtiva, febre, sudorese noturna), pleural (dor torácica), ganglionar (aumento de gânglios com febre e emagrecimento), óssea (coluna vertebral mais comumente) e meningoencefálica (meningite com evolução insidiosa).

A tuberculose pulmonar é a forma mais frequente no adulto e, quando bacilífera, é a forma responsável pela cadeia de transmissão da doença.



Portanto, diagnosticar e tratar, correta e prontamente, os casos de TB pulmonar são medidas fundamentais para o controle da doença.

A busca ativa de sintomáticos respiratórios (mais de 3 semanas de tosse) deve ser realizada por todos os níveis de atenção à saúde.

A adesão ao tratamento é de suma importância no controle da TB e o Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia valiosa para vincular o indivíduo aos cuidados e ao serviço, aumento a importância da Atenção Primária para que todas as ações possam ocorrer de forma coordenada para uma boa evolução do caso e cura da TB.

Abaixo seguem quadros sobre esquema básico de tratamento e sugestão de seguimento de pacientes com tuberculose pulmonar:

QUADRO 20 – Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

¹A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.



QUADRO 30 – Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos.

PROCEDIMENTOS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	OBSERVAÇÕES
Consultas	X	X	X	X	X	X	Maior frequência a critério clínico.
Oferta de teste para diagnóstico do HIV	X						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento.
Avaliação da adesão	X	X	X	X	X	X	
Baciloscopias de controle	X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares.
Radiografia de tórax		X				X	Especialmente nos casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico.
Glicemia, função hepática e renal	X						No início e repetir a critério clínico.

Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

❖ ADULTOS E GESTANTES:

❖ Devem ser encaminhados ao AMI (referência secundária):

- Usuários em tratamento de tuberculose pulmonar em situações especiais: gestantes, insuficiência renal crônica, insuficiência hepática, hepatopatia crônica, hepatite medicamentosa, efeitos adversos maiores ao tratamento e casos com evolução clínica desfavorável. Enviar encaminhamento e exames realizados.
- Usuários com diagnóstico de tuberculose extra-pulmonar (ganglionar, óssea, pleural, renal, oftalmológica e outras). Enviar encaminhamento e exames diagnósticos como biópsia, análise do líquido pleural, baciloscopia na urina ou laudo oftalmológico.



- Usuários com falência terapêutica - persistência da positividade do escarro no decorrer do tratamento ou ao final do mesmo.
 - Nos casos de baciloscopia positiva no final de 2º mês: solicitar TRM-TB (teste rápido molecular de tuberculose) + cultura para micobactéria + teste de sensibilidade e prolongar a primeira fase do tratamento por mais 30 dias.
 - Nos casos de baciloscopia positiva ao final do 4º mês e/ou ao final do tratamento, encaminhar ao AMI.
- Usuários com TBc resistente, diagnosticada no TRM-TB ou nas culturas com teste de sensibilidade
- Pacientes com quadro clínico e radiológico suspeitos de tuberculose sem confirmação bacteriológica - baciloscopia negativa. Enviar encaminhamento com exames de imagem (radiografia de tórax ou tomografia de tórax) e exames laboratoriais realizados.
- Usuários com infecção por micobactérias atípicas (MNT) identificadas em cultura de escarro. Enviar encaminhamento, exames laboratoriais e de imagem realizados.

6. INFECÇÃO LATENTE PELO *M. TUBERCULOSIS* (ILTB)

Quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da TB, tem 30% de chance de infectar-se, dependendo do grau de exposição (proximidade, condições do ambiente e tempo de convivência), da infectividade do caso índice (quantidade de bacilos eliminados, presença de caverna na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais. Essas pessoas, em geral, permanecem saudáveis por muitos anos, com imunidade parcial ao bacilo, sendo essa condição conhecida como infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). Cerca de 5% dessas pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primoinfecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição à nova fonte.

[Digite texto]



A investigação de ILTB está indicada em populações especiais que terão potencial benefício do tratamento profilático preconizado. É fundamental excluir a TB ativa, por meio da anamnese, exame clínico e radiografia de tórax, antes de concluir o diagnóstico de ILTB. A prova tuberculínica (PPD) e o IGRA (interferon gamma release assays) são utilizados para a investigação dessa população e, nos casos positivos, os pacientes terão indicação de tratamento.

QUADRO 13 – Populações com indicação de investigação de ILTB

POPULAÇÕES COM INDICAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ILTB
<ul style="list-style-type: none">▪ Contatos (nos últimos dois anos) adultos e crianças de TB pulmonar e laríngea▪ PVHIV com LT CD4+ \geq 350 cel/mm³▪ Pessoas em uso de inibidores de TNF alfa ou corticosteroides (equivalente a > 15 mg/dia de prednisona por mais de um mês)▪ Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB▪ Pré-transplante que irão fazer terapia imunossupressora▪ Pessoas com silicose▪ Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas▪ Neoplasias em terapia imunossupressora▪ Insuficiência renal em diálise▪ Diabetes mellitus▪ Baixo peso (< 85% do peso ideal)▪ Tabagistas (\geq 1 maço por dia)▪ Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax▪ Profissionais de saúde, pessoas que vivem ou trabalham no sistema prisional ou em instituições de longa permanência

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018.


QUADRO 1 • INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Tratamento	
Tratar sem PT e sem IGRA	Tratar se PT ≥ 10mm ou IGRA positivo
1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte de TB pulmonar ou laríngea confirmado por critério laboratorial 2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar ou laríngea, com confirmação laboratorial 3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 células/ μ L 4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetidas ao tratamento da ILTB na ocasião 5) Pessoas vivendo com HIV com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB	11) Silicose 12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas 13) Neoplasias em terapia imunossupressora 14) Insuficiência renal em diálise 15) Diabetes <i>mellitus</i> 16) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal) 17) Indivíduos tabagistas (> 1 maço/dia) 18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax
Tratar se PT ≥ 5mm ou IGRA positivo	Tratar se houver conversão tuberculínica (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)
6) Contatos de TB pulmonar ou laríngea, independentemente da vacinação prévia com BCG 7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 células/ μ L 8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB 9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF- α ou corticosteroides (> 15mg de prednisona por mais de um mês) 10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora	19) Indivíduos contatos de TB pulmonar ou laríngea confirmada por critério laboratorial 20) Profissionais de saúde 21) Trabalhadores de instituições de longa permanência

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

❖ Devem ser encaminhados ao AMI:

- Usuários com indicação para tratamento para ILTB: pacientes em uso (ou com indicação de uso) de imunobiológicos, quimioterapia ou outra terapia imunossupressora. Enviar radiografia de tórax e prova tuberculínica (PPD).

OBS 1: Os usuários adultos contactantes de pacientes com TB bacilífera devem ser avaliados na Atenção Básica, com anamnese clínica, RX de tórax e PPD. Nas situações com indicação de tratamento de ILTB, o tratamento e seguimento deve ser realizado na UBS.



OBS 2: Medicamentos disponíveis pelo SUS no quadro abaixo:

TABELA 1 • ESQUEMAS DE TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DISPONÍVEIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

	Esquema de tratamento		
	6H ou 9H ^a	3HP ^a	4R ^a
Medicamentos	Isoniazida (H) ^b	Isoniazida (H) + Rifapentina (P) ^b	Rifampicina (R) ^b
Tempo de tratamento/ número de doses	6 meses/180 doses diárias	3 meses/12 doses semanais	4 meses/120 doses diárias
	9 meses/270 doses diárias		
	O esquema de 270 doses possui melhor eficácia quando comparado com o esquema de 180 doses. Tomar 270 doses diárias durante 9 a 12 meses ou 180 doses diárias durante 6 a 9 meses.	Tomar 12 doses semanais durante 12 a 15 semanas.	Tomar 120 doses diárias durante 4 a 6 meses.

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

^a6H: seis meses de isoniazida; 9H: nove meses de isoniazida; 3HP: três meses de rifapentina mais isoniazida; 4R: quatro meses de rifampicina.

^bIsoniazida (H): disponível em comprimidos de 100mg e 300mg (uso restrito); rifampicina (R): disponível em cápsulas de 300mg; rifapentina (P): disponível em comprimidos de 150mg.

7. PARACOCCIDIOIDOMICOSE (BLASTOMICOSE)

A paracoccidioidomicose (blastomicose) é uma micose sistêmica, causada por 2 espécies de fungos: *Paracoccidioides brasiliensis* e *Paracoccidioides lutzii*. A contaminação do homem acontece pela via inalatória, no contato com solo contaminado, ficando o patógeno de forma latente por vários anos, podendo evoluir com reativação da infecção (dependendo da resposta imune) e doença sintomática.

A blastomicose pode comprometer diversos órgãos e sistemas sendo classificada em 2 formas clínicas principais:

- *Forma aguda/subaguda* (juvenil) - linfonodomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, manifestações digestivas,



lesões cutâneas ou de mucosas e raramente comprometimento pulmonar. Usualmente apresentam febre, anorexia e emagrecimento. O destaque das alterações laboratoriais é a eosinofilia periférica (30 A 50% dos casos).

- *Forma crônica* - apresenta-se em adultos de 30 a 60 anos, com predomínio no sexo masculino, com instalação lenta da doença e sintomas de 4 a 6 meses. Os órgãos mais frequentemente acometidos são os pulmões, mucosas de vias aéreas e digestivas altas e a pele. Os sinais e sintomas irão variar conforme órgão afetado incluindo tosse, dispnéia, expectoração, lesões ulceradas de naso-orofaringe, disfagia, disfonia, adenomegalia, emagrecimento, lesões ulceradas de pele e comprometimento digestivo como diarreia e síndrome de má absorção. Nos casos de acometimento de SNC podemos encontrar cefaléia, déficit motor, crises convulsivas e alteração de comportamento e/ou nível de consciência.

O padrão ouro para o diagnóstico é o encontro de elementos fúngicos sugestivos de *Paracoccidioides* spp em exame a fresco (escarro, raspado de lesão ou aspirado de linfonodos) e/ou fragmento de biópsia de órgãos acometidos. A sorologia tem importância para o diagnóstico e seguimento do tratamento mas pode ser negativa em situações de imunossupressão importante.

Os exames complementares necessários são: RX de tórax, hemograma completo, VHS, enzimas hepáticas, avaliação de função renal e eletrólitos. Outros exames de maior complexidade irão depender dos sinais e sintomas do paciente.

❖ Devem ser encaminhados ao AMI:

- Usuários com suspeita clínica de quadro pulmonar. Enviar encaminhamento e exames realizados para a suspeita (de imagem - radiografia de tórax e/ou tomografia de tórax, hemograma e exames laboratoriais gerais).



- Usuários com quadro muco-cutâneo ou ganglionar. Enviar encaminhamento com resultado de biópsia compatível - confirmada ou suspeita.

8. ADENOMEGALIA A ESCLARECER

As adenomegalias localizadas ou generalizadas apresentam inúmeros diagnósticos diferenciais, sendo importante a história clínica do paciente (tempo de aparecimento, sinais e sintomas associados, doenças prévias), além do exame físico detalhado com as características dos linfonodos e outros possíveis achados.

Sendo assim, mantemos as orientações do protocolo de Hematologia.

- ❖ Primeiramente avaliar se há algum foco infeccioso local relacionado (exemplos: faringite, lesão em pele, conjuntivite, abscesso dentário, entre outros). Se houver, tratar a causa base.
- ❖ Se não houver infecção que explique o aumento local dos linfonodos e não tiver indicação de encaminhamento à emergência (descritos abaixo), seguir protocolo segundo tempo de evolução:
 - Menos de quatro semanas de evolução: solicitar hemograma e sorologias (EBV, teste rápido HIV, CMV, toxoplasmose e teste treponêmico rápido - sífilis, hepatite B):
 - Se sorologia positiva, tratar conforme doença diagnosticada. Encaminhar ao AMI quando indicado.
 - Se sorologias negativas ou positivas que não explicam o quadro clínico, seguir acompanhando semanalmente até 4 a 6 semanas de evolução; caso não haja regressão, seguir orientações abaixo.



- Mais de quatro semanas de evolução: solicitar hemograma, PCR, VHS, DHL e sorologias (EBV, teste rápido HIV, CMV, toxoplasmose e teste treponêmico rápido - sífilis, hepatite B):
- Se sorologia positiva, tratar conforme a doença diagnosticada. Encaminhar ao AMI quando indicado.
 - Se sorologias negativas, sem alteração hematológica e persistência da adenomegalia, encaminhar para Cirurgia Cabeça e Pescoço.
 - Se sorologias negativas e houver duas ou mais alterações hematológicas (anemia, plaquetopenia, leucocitose/leucopenia) encaminhar ao Hematologista (via Regulação Médica).

Indicações para encaminhamento à emergência:

- Sintomas compressivos (síndrome da veia cava superior, dispnéia, disfagia, síndrome de compressão medular).

Indicações direta para realização de biópsia de linfonodo são:

- Linfonodomegalia supraclavicular;
- Linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderidos a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
- Linfonodomegalia (≥ 2 cm) persistente (após 4 semanas) sem causa definida.
- Linfonodomegalia + Sintomas B (febre, emagrecimento e sudorese noturna)

Indicações para encaminhamento à hematologia na prioridade (suspeita de linfoproliferação):

- Linfonodomegalias e esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes sem indicação de emergência.



9. TOXOPLASMOSE E CITOMEGALVIROSE

A toxoplasmose adquirida é uma infecção muito comum, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, com manifestação clínica pouco sintomática - a maioria das pessoas infectadas não apresenta sintomas. Quando ocorrem sintomas, o quadro mais característico da fase aguda é a linfadenopatia localizada, em geral envolvendo os nódulos linfáticos cervicais posteriores (mais raramente, linfadenopatia generalizada), podendo ser acompanhado por febre. Esse quadro é capaz de persistir por uma semana a um mês e pode ser confundido com outras patologias infecciosas ou não.

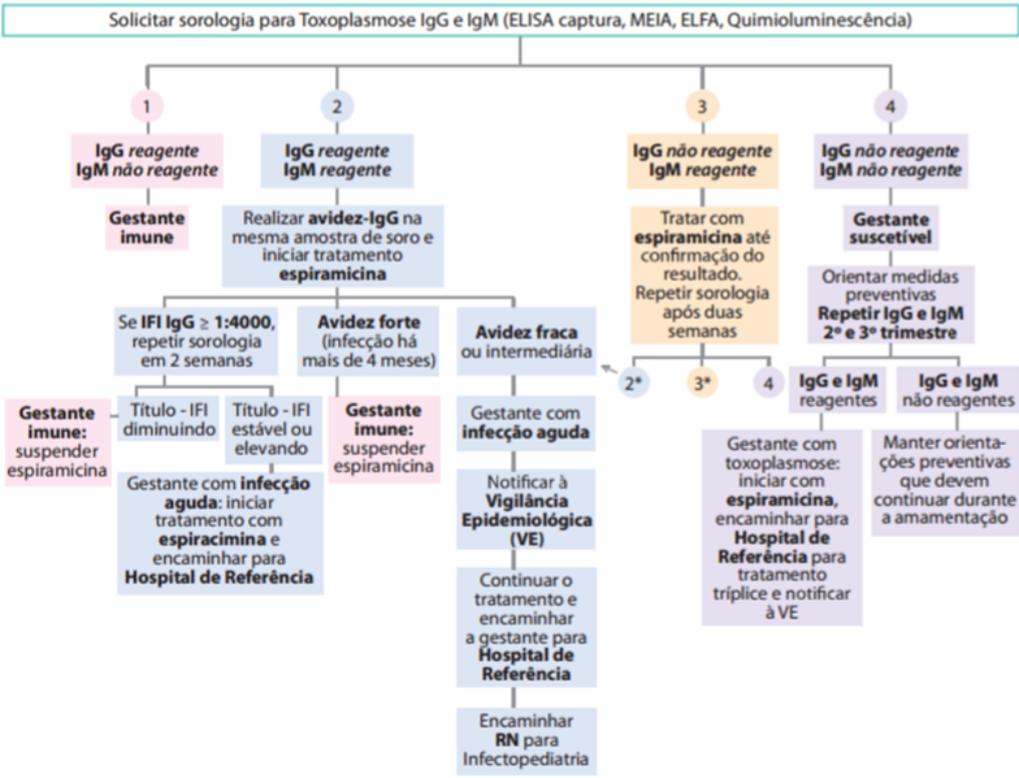
A retinocoroidite é a lesão mais frequentemente associada à toxoplasmose, podendo ocorrer em 30% a 60% dos casos. Dois tipos de lesões de retina podem ser observados: retinite aguda – com intensa inflamação – e cicatrizes retinianas. O comprometimento macular associado a reativações e ao aumento das lesões residuais, pode levar à perda progressiva da visão e até cegueira.

A toxoplasmose aguda adquire especial relevância quando acomete a gestante, pela possibilidade da transmissão vertical. As gestantes são, geralmente, assintomáticas. A toxoplasmose congênita pode ser causa de morte fetal, prematuridade, manifestações clínicas diversas (hepatoesplenomegalia, icterícia, erupção cutânea, pneumonite, lesões de retina, calcificações cerebrais, hidrocefalia, microftalmia, estrabismo, perda visual, convulsões, retardo mental) e sequelas importantes ao RN. Na avaliação inicial do pré-natal, a sorologia de toxoplasmose com IgM e IgG deve ser solicitada de rotina, sendo as condutas sugeridas listadas no quadro abaixo.

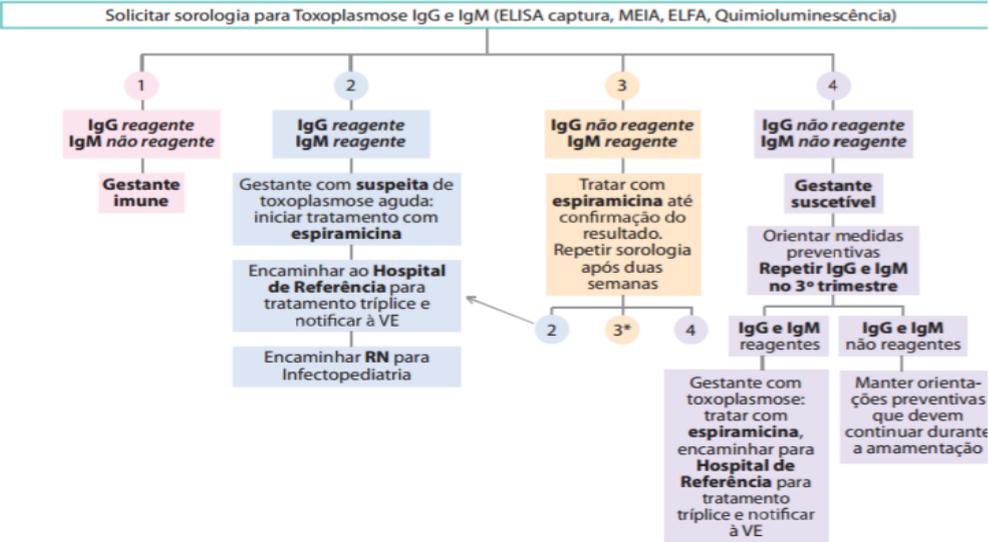
O diagnóstico da toxoplasmose é realizado com os testes sorológicos IgM e IgG, e o teste de avidéz de IgG (nas gestantes). Na avaliação inicial do pré-natal, a sorologia de toxoplasmose com IgM e IgG deve ser solicitada de rotina, sendo as condutas sugeridas listadas no quadro abaixo.



Algoritmo 1 | Interpretação de resultados e condutas para gestantes com até 16 semanas de gestação



- 1 Se a gestante apresentar sintomatologia sugestiva ou ultrassonografia fetal com alteração: **repetir sorologia.**
- 2* Não há necessidade de fazer avides-IgG, pois a soroconversão da IgG já confirma **infecção recente.**
- 3* Se mantiver resultado de IgG não reagente indica que IgM era falso reagente: considerar **gestante suscetível.**



- 1 Se a gestante apresentar sintomatologia sugestiva ou ultrassonografia fetal com alteração: **repetir sorologia.**
- 3* Se mantiver resultado de IgG não reagente indica que IgM era falso reagente: considerar **gestante suscetível.**



A toxoplasmose adquirida tem uma evolução geralmente benigna em indivíduos imunocompetentes, sendo recomendado apenas o tratamento sintomático. O tratamento específico é recomendado nas gestantes, pacientes com doença ocular em atividade e casos de infecção aguda com evolução atípica (sintomas como febre persistente, mialgia intensa ou comprometimento de órgãos alvos).

Como há possibilidade de manifestação ocular da toxoplasmose, é recomendado que todos os pacientes sejam avaliados pelo Oftalmologista para um exame oftalmológico completo (mesmo sem sintomas locais). Nos quadros de doença ocular, a avaliação e o seguimento pelo Oftalmologista é fundamental para suspeita diagnóstica e acompanhamento da resposta ao tratamento.

O citomegalovírus é um vírus do grupo herpes transmitido por sangue, líquidos corporais, transplante de órgãos e via transplacentária. A prevalência aumenta com a idade e 60 a 90% dos adultos têm infecção prévia por CMV (resultando em infecção latente por toda a vida). Em imunocompetentes, frequentemente apresenta infecção assintomática mas pode causar doença caracterizada por febre, linfadenomegalia e hepatoesplenomegalia. O diagnóstico pode ser feito com a sorologia IgM e IgG para citomegalovirus. A doença nesses casos é autolimitada e não tem indicação de tratamento específico.

Em pacientes imunocomprometidos, como pacientes vivendo com HIV/AIDS e transplantados de órgãos, a doença é o resultado da reativação do vírus latente, podendo causar alterações pulmonares, gastrointestinais e do sistema nervoso central, além das alterações oculares (retinite). Nessas situações o tratamento medicamentoso está indicado, com uso de ganciclovir.

A infecção primária da gestante por CMV pode ser assintomática ou causar aborto, natimortalidade ou morte pós-natal. Não há indicação de tratamento específico para as gestantes com quadro agudo, entretanto em pacientes com sintomas que se assemelham a infecção causada por citomegalovírus, a sorologia deve ser solicitada para diagnóstico. A gestante poderá manter a assistência na atenção básica com preenchimento de

[Digite texto]



resultado no cartão de pré-natal de forma clara e evidente e solicitação de alguns exames específicos para melhor acompanhamento perinatal:

- se diagnóstico no 1º trimestre, solicitar US morfológico de 2º trimestre e us obstétrico em 3º trimestre;
- se diagnóstico no 2º trimestre, atenção a avaliação de us obstétrico de 3º trimestre.

❖ Devem ser encaminhados ao AMI:

- Usuários com suspeita de infecção aguda pelo toxoplasma e/ou citomegalovírus com sorologia IgM positiva. Enviar encaminhamento com dados de história clínica e exames realizados para avaliação.
- **GESTANTES** com suspeita de infecção aguda por toxoplasma devem ser encaminhadas ao **Ambulatório de Saúde da Mulher** para **Pré-Natal de Alto risco**.

ATENÇÃO Usuários com suspeita de acometimento ocular devem ser encaminhados ao Oftalmologista para avaliação e seguimento.

10. FEBRE A ESCLARECER

A febre de origem indeterminada ou obscura foi definida como febre com duração maior de 3 semanas e com impossibilidade de estabelecer um diagnóstico em investigação inicial ambulatorial ou hospitalar. Atualmente estão divididas em: clássica, hospitalar, neutropênica e associada ao HIV. As etiologias podem variar entre doenças infecciosas (TB, abscessos, síndrome da mononucleose, paracoccidiodomicose e outras), doenças inflamatórias não infecciosas (LES, doença de Still, polimialgia reumática, sarcoidose e outras) e miscelânea (por drogas, factícia, TVP, tireoidite e outras).



A anamnese e o exame físico são fundamentais para o esclarecimento da febre de origem indeterminada e os exames complementares são decisivos. Sugerimos realização de exames gerais iniciais: hemograma, PCR, VHS, ureia/creatinina, AST/ALT, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina, DHL, TSH, T4 livre, eletroforese de proteínas, urina I e urocultura, sorologias para HIV, toxoplasmose, CMV, EBV, hepatite B, hepatite C, VDRL, teste treponêmico, fator reumatóide, FAN, PSA, PPD, RX de tórax e US de abdome. Outros exames podem ser solicitados conforme queixas clínicas ou alterações nos exames iniciais para investigação adicional.

- ❖ Devem ser encaminhados ao AMI pacientes com investigação inicial realizada com suspeita de doença infecciosa como causa do quadro febril (com exames descritos acima já realizados).

11. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST / DST)

As principais manifestações clínicas das IST são: **corrimento vaginal**, **corrimento uretral**, **úlceras genitais** e **verrugas anogenitais**. Embora possam sofrer variações, essas manifestações têm etiologias bem estabelecidas, o que permite uma abordagem e tratamento sindrômicos.

A duração e a transmissibilidade da infecção são maiores quando o acesso ao tratamento é menor, sendo muito importante o diagnóstico precoce e o tratamento imediato visando a cura da doença/infecção e a interrupção da cadeia de transmissão.

Seguem os quadros para tratamento sindrômico preconizados:

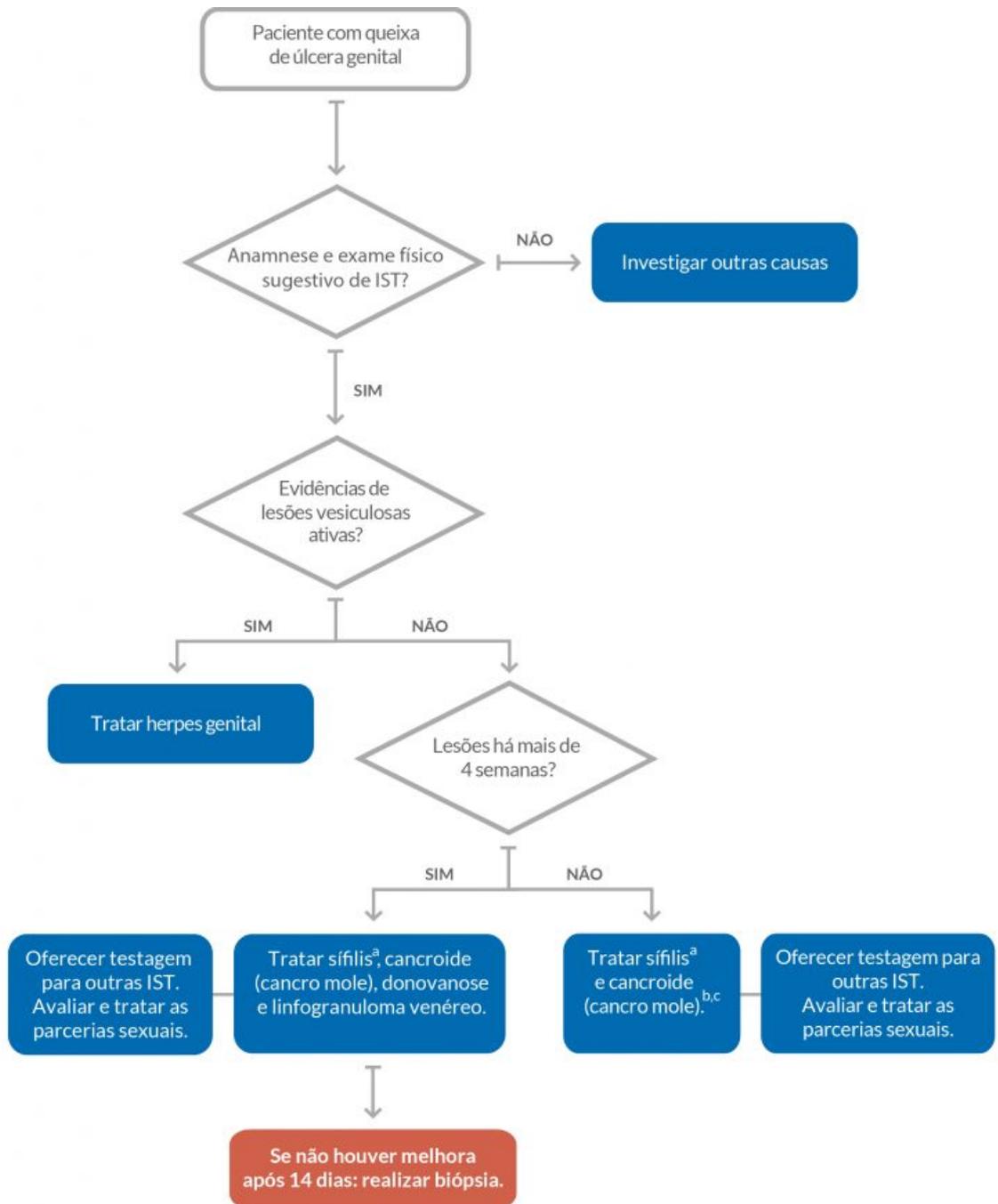


CORRIMENTO URETRAL E VAGINAL

PATOLOGIA	ETIOLOGIA	TRATAMENTO
URETRITE CERVICITE CORRIMENTO VAGINAL SEM IDENTIFICAÇÃO	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ceftriaxona 500mg IM dose única MAIS Azitromicina 500mg 2 cp VO dose única
URETRITE POR MICOPLASMA	<i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500 mg 2 cp VO dose única
URETRITE POR TRICOMONAS / CORRIMENTO VAGINAL	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 250 mg 2 cp VO 12/12h por 7 dias
CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	<i>Candida sp</i>	Miconazol creme 7d Nistatina creme 7d Fluconazol 150mg VO dose única
VAGINOSE BACTERIANA	<i>Gardnerella vaginalis</i>	Metronidazol 250mg 2 cp VO 12/12h por 7 d OU Clindamicina 300mg VO 12/12h por 7 d



ÚLCERA GENITAL



^a Os testes treponêmicos e não treponêmicos podem ser não reagentes na sífilis primária.

^b O diagnóstico de linfogranuloma venéreo deve ser considerado e realizado tratamento em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital e estenose uretral ou retal.

^c A primoinfecção herpética apresenta vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas. Nas recorrências, apresenta como vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. Nas mucosas, é incomum a visualização das vesículas, pois se rompem muito facilmente. Nesses casos, o tratamento para herpes também deve ser considerado.



PATOLOGIA	ETIOLOGIA	CLÍNICA	TRATAMENTO
SÍFILIS PRIMÁRIA	<i>Treponema pallidum</i>	úlceras únicas, indolor, 2 – 6 semanas duração	Penicilina benzatina 2.400.000U IM
HERPES SIMPLES	<i>HSV 1,2</i>	vesículas com base eritematosa úlceras múltiplas e dolorosas	Aciclovir 200mg 2cp VO 8/8h por 5 – 7d (recidivas)
CANCRÓIDE	<i>Haemophilus ducreyi</i>	úlceras múltiplas e dolorosas com exsudato necrótico e odor fétido autoinoculação linfonodomegalia inguino-crural	Azitromicina 500mg 2 cp VO dose única OU Ceftriaxone 250mg IM dose única
LINFOGRANULOMA VENÉREO	<i>Chlamydia trachomatis</i>	pápula, pústula ou exulceração c/ resolução espontânea adenopatia inguinal depois de 1-6 semanas (supuração/fistulização)	Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 21d OU Azitromicina 500mg 2cp VO 1x/semana por 21d



DONOVANOSE	<i>Klebsiella granulomatis</i>	ulceração de borda plana com fundo granuloso, evoluindo lentamente para lesão vegetante ou úlcero-vegetante auto-inoculação	Azitromicina 500mg 2 cp VO 1x/semana por pelo menos 3 semanas OU Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 21 dias
-------------------	--------------------------------	--	---

VERRUGAS GENITAIS

O HPV (papilomavírus humano) pode induzir uma grande variedade de lesões cutâneas e/ou mucosas. A transmissão do HPV se dá por qualquer tipo de atividade sexual. Na maioria das pessoas, a infecção pelo HPV não produz qualquer manifestação, com tempo de latência de meses a anos, evoluindo com manifestações subclínicas (identificadas com colposcopia, peniscopia) até as verrugas anogenitais. O diagnóstico é tipicamente clínico. Em situações especiais, há indicação de biópsia (suspeita de neoplasias ou outras doenças).

A vacinação é uma opção segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações, conferindo proteção contra os subtipos mais frequentes (6,11,16 e 18). No SUS está indicada nos seguintes casos:

- meninas e meninos de 9 a 14 anos, com esquema de 2 doses. (adolescentes que receberem a primeira dose dessa vacina poderão tomar a segunda dose mesmo se ultrapassado os seis meses do intervalo preconizado, para completar o seu esquema vacinal);
- mulheres e homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos na faixa etária de 9 a 45 anos, com esquema de três doses (0, 2 e 6 meses)



- ❖ Devem ser encaminhados ao AMI:
 - Usuários (homens cisgênero e mulheres transsexuais) tratados na Atenção Básica para ISTs de maneira sindrômica com resposta inadequada ou inexistente. Enviar encaminhamento com dados de história clínica, tratamento e exames realizados.
 - Usuários (homens cisgênero e mulheres transsexuais) com verrugas genitais para avaliação e acompanhamento.

- ❖ Devem ser encaminhados ao Ambulatório de Saúde da Mulher - através de e-mail NIR nir_asmulher@jundiai.sp.gov.br:
 - Usuárias e gestantes tratadas na Atenção Básica para ISTs de maneira sindrômica com resposta inadequada ou inexistente. Enviar encaminhamento com dados de história clínica, tratamento e exames realizados.
 - Nos casos de verrugas genitais a cauterização poderá ser realizada por profissional médico da atenção básica com uso de ácido tricloroacético como orientado em protocolo de rastreio de câncer de colo uterino.

12. SÍFILIS

A Sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Seu agente etiológico é o *Treponema pallidum*, descoberto em 1905. A transmissão ocorre principalmente por contato sexual e da mãe para o feto. A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas e a transmissão pode ocorrer também nesses períodos. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo, especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.



O quadro abaixo resume as manifestações clínicas da sífilis adquirida:

Quadro 11 – Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença

ESTÁGIOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

O diagnóstico da sífilis pode ser realizado através do quadro clínico e dos exames imunológicos, divididos em treponêmicos e não treponêmicos.

Os **testes treponêmicos** são os que detectam anticorpos específicos e são os primeiros a se tornarem reagentes, podendo permanecer positivos por toda vida: **teste rápido para sífilis (TR), TPHA e FTA-ABS**

Os **testes não treponêmicos** detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para o *T.pallidum*, mas permitem uma análise quantitativa porque necessitam diluição e são expressos em títulos de anticorpos (1:2, 1:4, 1:8, etc.): **VDRL e RPR**. Esses testes são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura. Os testes não treponêmicos costumam ficar positivos cerca de uma a três semanas do aparecimento do cancro duro. Baixos títulos podem manter-se positivos como cicatriz sorológica mesmo após o tratamento adequado. ** VDRL pode estar positivo em várias

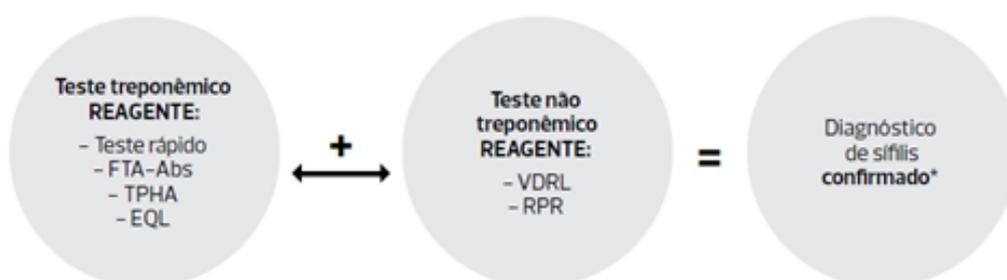
[Digite texto]



outras doenças como lúpus, doenças hepáticas, mononucleose, hanseníase, varicela, artrite reumatóide e pode apresentar falso positivo em pessoas idosas.

Segue quadro para interpretação dos resultados, juntamente com anamnese clínica, exame físico e história anterior.

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico, que é o primeiro teste a ficar reagente.



Teste Rápido (treponêmico)	VDRL	Treponêmico (FTA Abs/TPHA)	Interpretação
POSITIVO	POSITIVO	POSITIVO	Sífilis avaliar estágio clínico / tratamento prévio (cicatriz sorológica)
POSITIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	Falso positivo do TR avaliar riscos – janela imunológica
POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	Sífilis avaliar estágio clínico / tratamento prévio (cicatriz sorológica)



Teste Rápido (treponêmico)	VDRL	Treponêmico (FTA Abs/TPHA)	Interpretação
Não realizado	NEGATIVO	POSITIVO	Sífilis avaliar estágio clínico / tratamento prévio (cicatriz sorológica)
Não realizado	POSITIVO	NEGATIVO	Negativo para sífilis VDRL positivo por outras causas

O tratamento medicamentoso deve ser instituído assim que possível, visando a cura do paciente e a interrupção da cadeia de transmissão. Por mais esse motivo, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento devem ser realizados preferencialmente na Atenção Básica.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA* (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^c Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18–24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3–4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10–14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^b No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose⁴⁶.

^c Em **não gestantes**, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁷. Em **gestantes**, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁶.



Para o seguimento dos pacientes, devem ser realizados os testes não treponêmicos (VDRL), a cada três meses no primeiro ano após o tratamento (3, 6, 9 e 12 meses do diagnóstico). Atualmente, a resposta imunológica esperada é de teste não treponêmico negativo ou com uma queda na titulação em duas diluições em **até seis meses para sífilis recente** e queda na titulação em duas diluições **em até 12 meses para sífilis tardia**. Nas pessoas mais jovens, com títulos não treponêmicos mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da infecção (sífilis primária, secundária e latente recente) a queda da titulação é mais rápida comparativamente aos mais idosos e com infecção mais antiga.

Durante o seguimento do paciente, pode acontecer a reinfecção ou reativação da sífilis, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos valores dos exames laboratoriais prévios.

NEUROSSÍFILIS

O envolvimento do SNC pode ocorrer em fases iniciais da doença e deve ser considerado e investigado nos pacientes com diagnóstico de sífilis e manifestações neurológicas associadas (principalmente acometimento ocular e quadros de meningite - cefaléia), sendo indicada a coleta do LCR para confirmar o diagnóstico.

A sífilis terciária também pode acometer o SNC em estágios tardios, sendo menos frequentes nos tempos atuais (uso de antibióticos), podendo causar quadros de alteração de comportamento, deficiência cognitiva, demência, epilepsia e outros sinais/sintomas.

GESTANTES

Devido a grande probabilidade de transmissão vertical da sífilis, as gestantes devem receber cuidados especiais:

- o teste rápido para sífilis deve ser realizado juntamente com a testagem rápida do HIV para todas as gestantes no primeiro atendimento na UBS conforme protocolo municipal;



- as gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário e deve ser avaliada a necessidade de tratamento imediato;
- as gestantes com diagnóstico prévio de sífilis devem ser avaliadas quanto a necessidade de re-tratamento utilizando os títulos de VDRL (comparativo com os últimos resultados), sinais/sintomas, exposições possíveis e tratamento adequado;
- na ausência de tratamento adequado e documentado, as gestantes deverão ser re-tratadas imediatamente;
- as gestantes devem ser testadas para sífilis, nos três trimestres do pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual;
- o retardo do tratamento no aguardo de resultados do teste complementar (VDRL e treponêmico) faz com que o profissional perca tempo e a oportunidade de evitar a transmissão vertical da sífilis;
- o monitoramento sorológico (VDRL) deve ser mensal até o parto;
- para todas as gestantes com testagem positiva, deverá haver busca ativa do parceiro para orientação, avaliação clínica, coleta de sorologia e tratamento (evitar reinfecção da gestante) assim como o uso de preservativo durante toda a gestação;
- O tratamento medicamentoso deve ser realizado com penicilina benzatina nas doses já preconizadas e descritas acima. A doxiciclina é contra-indicada na gestação;
- as gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas ao Pronto atendimento do Hospital Universitário com a Guia de referência e contrarreferência para realizar a dessensibilização (lembrando que os tratamentos não penicilínicos são inadequados na gestação);



- ❖ Devem ser encaminhados ao AMI:
 - Usuários (homens cisgênero e mulheres transsexuais) tratados para sífilis na Atenção Básica com resposta inadequada ou inexistente. Enviar encaminhamento com dados de história clínica, diagnóstico, tratamento e seguimento sorológico.
- ❖ Devem ser encaminhados ao Ambulatório de Saúde da Mulher - através de e-mail NIR nir_asmulher@jundiai.sp.gov.br :
 - Usuárias e gestantes tratadas para sífilis na Atenção Básica com resposta inadequada ou inexistente. Enviar encaminhamento com dados de história clínica, diagnóstico, tratamento e seguimento sorológico.

13. HERPES ZOSTER

O herpes zoster decorre da reativação do vírus da varicela, que permanece em latência no sistema nervoso após a infecção primária. A reativação ocorre na idade adulta, e é mais comum em pessoas imunocomprometidas.

O quadro clínico do herpes-zóster é, quase sempre, típico. A maioria dos doentes refere, antecedendo às lesões cutâneas, dores nevralgias, além de parestesias, ardor e prurido locais, acompanhados de febre, cefaléia e mal-estar. A lesão elementar é uma vesícula sobre base eritematosa. A erupção vesicular segue o trajeto de um nervo sensorial ou dermatome. Quando não ocorre infecção secundária, as vesículas se dissecam, formam-se crostas e o quadro evolui para a cura em duas a quatro semanas.



É aconselhável fazer sorologia para HIV, além de pesquisar neoplasias malignas, diabetes mellitus e outras causas de imunossupressão. As complicações são infecção secundária, paralisia de nervos cranianos, envolvimento oftálmico e neuralgia pós-herpética.

- Usuários com quadro sugestivo de herpes zoster devem ser avaliados nos Pronto-atendimentos e/ou Pronto-Socorro e /ou Atenção Básica. Sugerimos investigar causas de possível imunossupressão associadas.

TRATAMENTO

Aciclovir 200mg - 04 comprimidos (800mg) VO 5 vezes ao dia (4/4 horas, pulando a dose da madrugada - ex: 7h, 11h, 15h, 19h, 23h).

* Nos casos graves e com acometimento ocular, deve ser indicado tratamento endovenoso sendo necessária internação hospitalar

* Em gestantes, o aciclovir é categoria B, devendo ser usado com cautela no 1º trimestre.

14. LEISHMANIOSE

A leishmaniose é uma doença infecciosa, causada por protozoário (*Leishmania amazonensis*, *Leishmania guyanensis* e *Leishmania braziliensis*), de transmissão vetorial (flebotomíneos), que apresenta-se com duas formas clínicas: cutâneo-mucosa e visceral.

O período de incubação varia de 2 semanas a 2 meses e a lesão cutânea inicia-se com uma mácula, que aumenta progressivamente e evolui para úlcera. A úlcera típica da forma cutânea é geralmente indolor, com formato arredondado ou ovalado, com bordas bem delimitadas e elevadas, fundo avermelhado e granulações grosseiras.



A forma mucosa caracteriza-se pela presença de lesões destrutivas localizadas na mucosa, em geral nas vias aéreas superiores. Em geral, a forma mucosa é secundária à lesão cutânea. O início dos sintomas é insidioso com pouca sintomatologia. Geralmente, a lesão é indolor e inicia-se no septo nasal anterior, sendo a mucosa nasal mais acometida, mas podem haver lesões em orofaringe, palato, lábios, língua, laringe e, excepcionalmente, traquéia e árvore respiratória superior. As queixas são de obstrução nasal, eliminação de crostas, epistaxe, disfagia, odinofagia, rouquidão, dispneia e tosse.

Na ocorrência de lesões sugestivas de leishmaniose, o diagnóstico de certeza é feito pelo encontro do parasito ou de seus produtos nos tecidos (pesquisas diretas, PCR em amostras de pele e mucosa, avaliação histopatológica - biópsia); o teste intradérmico (Montenegro) tem valor limitado para o diagnóstico devendo ser interpretado juntamente com as manifestações clínicas; a sorologia (reação de imunofluorescência indireta) é considerada positiva com diluição a partir de 1:80, devendo ser interpretada no contexto clínico (pode manter-se positiva após o tratamento).

A leishmaniose visceral apresenta-se com quadro clínico de febre, palidez cutâneo-mucosa e hepatoesplenomegalia. O estado geral do paciente está preservado no início, evoluindo com piora clínica, podendo se estender por até 2 meses; caso o diagnóstico não seja realizado e o tratamento instituído, o paciente evolui com desnutrição, edema de membros inferiores, anasarca, hemorragias, icterícia e ascite. O óbito geralmente é determinado por infecções bacterianas e/ou sangramentos. O diagnóstico pode ser confirmado pela presença de formas amastigotas em material biológico - preferencialmente medula óssea. A sorologia também encontra-se fortemente positiva.

- Usuários com suspeita de quadro muco-cutâneo devem ser encaminhados ao **Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí**.
- Usuários com suspeita de quadro visceral devem ser encaminhados para internação no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (adultos) e Hospital Universitário (crianças)



15. MENINGITE, LEPTOSPIROSE, DENGUE, FEBRE MACULOSA, SARAMPO, RUBÉOLA, MALÁRIA

- Usuários com suspeita das doenças infecciosas agudas descritas acima, que necessitam avaliação e definição de tratamento com urgência devem ser avaliados nos Pronto-Socorros: Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (adultos) e Hospital Universitário (crianças)

16. OUTRAS INFECÇÕES BACTERIANAS

- **OSTEOMIELITE:** Usuários com suspeita ou diagnóstico de osteomielites (aguda ou crônica) devem ser avaliados pela equipe de Ortopedia, considerando a necessidade de abordagem cirúrgica para desbridamento e coleta de culturas; sendo a antibioticoterapia guiada por tais exames e avaliada em conjunto com a equipe da SCIH dos hospitais de referência.
- **INFECÇÕES DE TRATO URINÁRIO DE REPETIÇÃO:** Usuários com ITU de repetição devem ser avaliados pela equipe de Urologia conforme protocolo do município.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco ao HIV, IST e Hepatites Virais - 2021; Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.
2. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos, 2018 - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.
3. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
4. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - 2022; Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.
5. Guia Prático sobre a Hanseníase, 2017 - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.
6. Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil - 2021, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.
7. Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo *Mycobacterium Tuberculosis* no Brasil, 2022 - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

[Digite texto]



8. Guia de Vigilância em Saúde, 2021 - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde.
9. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar, 2017 - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.
10. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2006 - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.
11. Lamberucci, José Roberto; Ávila, Renata Eliane; Voietta, Izabela. Febre de origem indeterminada em adultos. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 38 (6): 507 - 513, nov-dez 2005.